

# 「口腔機能の向上」事業に該当する特定高齢者

- ① 基本チェックリスト下記口腔関連 3 項目のうち 2 項目以上が該当する場合
- ② 視診等により口腔内の衛生状態が不良の場合
- ③ 反復唾液嚥下テスト(RSST) が3回未満の場合
- ①～③のいずれか、または複数に該当する者が特定高齢者になります。

## ① 基本チェックリスト下記口腔関連 3 項目のうち 2 項目以上が該当する場合

- 13. 半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか
- 14. お茶や汁物等でむせることがありますか
- 15. 口の渇きが気になりますか

図1 基本チェックリスト表

No.	質問項目	回答 (いずれかに○印をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 c m 体重 k g (BMI = ) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

口腔関連

(注) BMI (=体重(kg) ÷身長(m) ÷身長(m)) が 18.5 未満の場合に該当する。

## ② 視診等により口腔内の衛生状態が不良の場合 (参考図)

### 歯や入れ歯の汚れ

歯に汚れがない



歯に汚れがある(不良)



入れ歯に汚れや食べ物がある(不良)



### 舌の汚れ

舌に汚れがない



舌に汚れがある(不良)



舌に多くの汚れがある(不良)



### ③ 反復唾液嚥下テスト(RSST)が3回未満の場合

#### 手技



- ・一口水を飲んで口の中を湿潤状態にする
- ・頸部をやや前屈させた座位姿勢を基本姿勢とする
- ・喉頭隆起および舌骨部に指腹をあて、出来るだけ何回も“ごつくん”とつばを飲み込むことを繰り返して下さいと指示する
- ・喉頭隆起および舌骨は嚥下運動に伴って指腹を乗り越えて上前方に移動し、もとの位置に戻る
- ・この運動を 30 秒間観察して、触診で確認できた嚥下回数を観察値とする

RSST の解説は「介護予防ビデオ口腔機能の向上」にて動画で配信されています。  
日本歯科医師会ホームページ <http://www.jda.or.jp/>

### 地域包括支援センターにおける口腔機能向上サービスの介護予防マネジメントの留意点

潜在化しやすい口腔機能のニーズを発見して、口腔機能向上サービスの対象者の把握を確実にを行うためには、図1基本チェックリスト(No13,14,15のうち2項目以上に該当)や要介護認定調査票(口腔機能関連項目の嚥下、食事摂取、口腔清潔が自立以外の者)を参考にすると効果的です。

さらに口腔機能向上用の補助アセスメント票(図2「口腔機能チェックシート」)なども用いるとより効果的です。また、すでに利用している介護予防サービスがある場合は、そのサービス提供事業者からの具体的な情報提供も参考になります。

一方、主治医意見書の内容(「今後予想される可能性の状態のチェック欄」の<摂食・嚥下機能の低下>と「サービス提供時の医学的観点からの留意事項」の<嚥下>の2項目に着目)や必要に応じて直接に主治の医師や歯科医師からの意見も得て、口腔機能向上プログラムが支障をきたす明らかな嚥下障害や口腔内疾患などがないことを確認することも重要です。

もし、明らかな嚥下障害や口腔内疾患などがあれば、医療機関の受診を優先して勧奨してください。

図2 口腔機能チェックシート

NO	チェック項目	いずれかに○をつけてください	
1	固いものが食べにくいですか	1. はい	2. いいえ
2	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
3	口がかわきやすいですか	1. はい	2. いいえ
4	薬が飲み込みにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
5	話すときに舌がひっかかりませんか	1. はい	2. いいえ
6	口臭が気になりますか	1. はい	2. いいえ
7	食事にかかる時間は長くなりましたか	1. はい	2. いいえ
8	薄味がわかりにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
9	食べこぼしがありますか	1. はい	2. いいえ
10	食後に口の中に食べ物が残りやすいですか	1. はい	2. いいえ
11	自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか	1. aどちらもできない 1. b片方だけできる	2. 両方できる

(1, 1a, 1b) のいずれかがある場合は口腔機能低下の可能性が高く、注意が必要です。

#### 【参考】

- ・口腔機能向上マニュアル  
～高齢者が一生おいしく、楽しく、安全な食生活を営むために～(改訂版)平成21年3月・厚生労働省
- ・写真提供：秋田県歯科衛生士会

#### 【発行】

秋田県歯科医師会  
秋田市川尻町字大川反 170 番地 102 TEL018-865-8020 FAX018-862-9122  
<http://www.akita-da.or.jp/index.html> E-mail:madoguchi@akita-da.or.jp

#### 【問い合わせ先】

秋田県歯科医師会若しくは秋田県歯科衛生士会(連絡先同じ)へご連絡願います。  
このリーフレットは秋田県歯科医師会ホームページからダウンロードができます。